

LARAWAY C.C.S.D. 70C
2019-2020 REGISTRATION INFORMATION
FOR NEW AND RETURNING STUDENTS

All families Pre-K-8 must prove residency on the following dates:
June 10th – 13th 9:00am – 3:00pm and June 17th – 19th 9:00am – 3:00pm,
August 6th - August 8th 9:00am – 3:00pm

Residency:

Laraway School District requires ALL students to establish residency on a yearly basis.

Only the specific documents listed in each category will be accepted towards proof of residency.

Category A – One (1) document required

Current Mortgage Statement
Recent Closing Papers –
HUD I Settlement
Current Real Estate Tax Bill
Signed 12-month lease
Residency Affidavit

Category B – Two (2) documents required

Gas/Electric/Water Bill
Vehicle Registration
Public Aid/Medicaid Card
Bank Statement
Pay Check Stub
Valid IL Driver's License/State ID with current address

*If the parent is not the homeowner, notarized affidavits of residency from the resident owner and the resident custodial parent along with supporting documents from both Category A (owner) and Category B (parent) must be provided.

Additional Fees:

Gym Suit (Grades 6-8 only)	\$13.00
Graduation (Grade 8 only)	\$100.00*
Sports	\$20/sport*

(*) Fee may be paid at a later date, but will not be waived

Required documents for students

New Students transferring to Laraway:

A State of Illinois Transfer form, birth certificate and copy of physical with immunization records are required to enroll. Students transferring from any other State do not need to provide a transfer form, but must provide a physical with immunization record.

Kindergarten Students:

Students must be 5 years of age or older by September 1, 2019 in order to enroll for Kindergarten for the 2019-2020 school year.

An original birth certificate is required of all Kindergarten students upon enrollment. Your child will also need a physical with immunization record, and eye/dental exams.

Second Grade Students:

Dental exam required

Sixth Grade Students:

Dental exam and Physical with immunization record is required.

If you have questions related to the registration/residency of students for the 2019-2020 school year, please contact Laraway @ 815-727-5196.

LARAWAY C.C.S.D. 70C
INFORMACIÓN De INSCRIPCIÓN 2019-2020
Para estudiantes nuevos y que regresan

Todas las familias deben probar la residencia en las siguientes fechas:

10 de junio al 13 de junio de 9:00am-3:00pm

17 de junio al 19 de junio de 9:00am-3:00pm

6 de agosto al 8 de agosto de 9:00am-3:00pm

Residencia (Domicilio):

El Distrito escolar de Laraway **requiere** que TODOS los estudiantes comprueben la residencia cada año. Solo los documentos especificados en cada categoría serán aceptados como prueba de residencia:

Categoría A – Un (1) documento requerido

Declaración de la hipoteca
Documentos del cierre-HUD I
Impuestos actuales de bienes raíces de su casa
Contrato de alquiler o arrendamiento con la firma del dueño/arrendador y el inquilino/arrendatario
Declaración jurada/afidávit de la residencia*

Categoría B – Dos (2) documentos requeridos

Facturas del agua, gas o electricidad
Certificados de título o matrícula vehiculares
Tarjeta médica o ayuda pública
Extracto de cuenta
Talón de pago del trabajo
Licencia de manejo o Identidad del estado con la dirección actual

*Si el padre no es el dueño de la casa en que el estudiante vive, se necesitan las declaraciones juradas/afidávits de la residencia del dueño atestadas por notario público y del padre del estudiante con los documentos necesarios de las dos categorías A (dueño) y Categoría B (padre).

Cuotas Adicionales:

Uniforme de Gimnasio (Grados 6-8)	\$13.00
Graduación (Grado 8)	\$100.00*
Deportes	\$20/deporte*

(*) La cuota puede ser pagada más tarde, pero no será omitida.

Documentos Requeridos por estudiante

Nuevos estudiantes trasladando a Laraway:

Un formulario de traslado del estado de Illinois, acta de nacimiento y examen físico incluyendo los registros de las vacunas son necesarias para inscribirse. Los estudiantes que trasladan del otro estado no necesitan la forma de traslado pero sí necesitan el examen físico con prueba de inmunización.

Estudiantes de Kinder:

Los estudiantes deben tener 5 años cumplidos antes del 1 de Septiembre, 2019 para poder inscribirse en Kinder para el año escolar 2019-2020.

Se requiere una acta de nacimiento original de todos los estudiantes de Kinder al inscribirse.

Su hijo/a también necesitará un examen físico con los registros de inmunización, un examen dental y ocular.

Estudiantes del segundo grado:

Examen dental requerido

Estudiantes del Sexto Grado:

Examen dental y examen físico con los registros de inmunización

Si tiene alguna pregunta referente a la inscripción/residencia para el año escolar 2019-2020, por favor comuníquese con la oficina de Laraway al 815-727-5196.



Learners Today
Leaders Tomorrow

Laraway C.C.S.D. 70C REGISTRATION 2019 - 2020

Registration for the 2019-2020 school year will be done at Laraway School. You must complete registration and prove residency in the main office **Monday, June 10th – Thursday, June 13th or Monday, June 17th – Wednesday June 19th between 9a-3p.** You may also complete registration and prove residency **August 6th - August 8th between 9a-3p.** If you are not on your current lease and reside with another party, you will need to complete a "Third Party Affidavit". It is available at the Laraway office. Your student will not be officially registered until residency has been proven.

Thank you.

*****Please note that a \$50.00 late registration fee that cannot be waived, may be charged after August 19th, 2019.**

*****If your lease expires before August 1st, 2019, please register in August not in June.**

INSCRIPCIÓN 2019-2020

Se hará la inscripción para el año 2019-2020 en la Escuela Laraway. Debe de completar la inscripción and demostrar su residencia en la oficina **el lunes 10 de junio al jueves 13 de junio o el lunes 17 de junio al miércoles 19 de junio entre las 9:00 am a 3:00 pm.** También puede completar la inscripción y demostrar residencia **el 6 de agosto al 8 de agosto de 9:00 am a 3:00 pm.** Si no tiene un arrendamiento actual y vive con otro grupo, necesitará completar una declaración jurada. Están disponibles en la oficina de Laraway. Su estudiante no será registrado hasta que pruebe su residencia.

Gracias.

*****Por favor note que se puede cargar un pago de inscripción tarde de \$50.00 que no se puede condonar después del 19 de agosto, 2019.**

*****Si su arrendamiento va a expirar antes del 1 de agosto, 2019 por favor inscribanse en agosto, en vez de junio.**

**Laraway School District 70C
Residency Verification 2019-2020**

**TO BE COMPLETED BY THE PERSON CLAIMING CUSTODY OF THE STUDENT AND WITH WHOM THE STUDENT LIVES
WITHIN THE BOUNDARIES OF LARAWAY SCHOOL DISTRICT 70C**

Illinois law provides that the residence of a student is deemed to be the same as the residence of the person who has legal custody of the student and permits only students who are residents of the school district to enroll. The person claiming custody must also reside in the District. To assist the District in determining residency and legal custody, this form must be completed. The district may investigate the residency of any student before or after enrollment and require the involved persons to provide additional information to be considered by The District in determining residency. Enrollment is not completed and attendance will not be permitted, until all residency issues are resolved.

I. IDENTIFYING INFORMATION (Please Print)

Student Name and Grade:

Parent / Guardian Proving Residency:

Student Name

Grade

Name

Student Name

Grade

Street Address

Student Name

Grade

City, State, Zip

Student Name

Grade

Telephone Number

Student Name

Grade

Relationship to Student

II. RESIDENCY OF PERSON WITH WHOM STUDENT LIVES AND WHO CLAIMS CUSTODY OF THE STUDENT

As initial proof of residency, the person with whom the student lives within the district and who claims custody of the student must provide at least one document from **Category I**, and at least two documents from **Category II**, all of which must be acceptable to the District.

CATEGORY I – Provide at least one of the following documents.

CATEGORY II – Provide at least two of the following documents.

Current Mortgage Statement

Recent Closing – HUD I Settlement

Current Real Estate Tax Bill

Signed Lease

Residency Affidavits (See Below)

Most Recent Gas / Electric / Water Bill / Phone / Cable

Vehicle Registration / Vehicle Insurance Card

Bank Statement / Pay Check Stub

Public Aid / Medicaid / Food Stamp Card

Current Illinois State ID/ Illinois Drivers License

III. CUSTODY (Check as many of the following as are applicable) A Separate Affidavit may be required.

I am the natural or adoptive parent of the student

The student lives with me on a full-time basis

I provide the student with a regular nighttime place to sleep. (“Regular” means virtually full-time, including most weekends, holidays and school vacation periods.)

I have been appointed a short-term guardian of the student.

I have a court order giving me custody or guardianship of the student

I am a foster parent of the student who was placed with me by the Illinois Department of Children and Family Services.

IV. WARNING AND AFFIRMATION

Illinois law has made it a crime, punishable by imprisonment and fine, to knowingly or willfully present any false information regarding the residence of a student for purposes of enabling that student to attend on a tuition-free basis when the student is known to be a non-resident of the District. The School District will seek prosecution to the full extent of the law of any person who the District believes has committed any residency-related crime. Additionally, the District may initiate a civil lawsuit.

I affirm that I am a resident of this District and that the information presented in this Affidavit or in connection with any investigation of my residency of the student is true, complete, and accurate.

Signature of Person with Legal Custody of the Student

Date

Distrito de Laraway 70C
Verificación de Residencia 2019-2020

PARA SER COMPLETADO POR LA PERSONA QUE TIENE LA CUSTODIA DEL ESTUDIANTE Y CON QUIEN EL ESTUDIANTE VIVE DENTRO DE LAS FRONTERAS DEL DISTRITO LARAWAY 70C

La ley de Illinois provee que la residencia de un estudiante es la misma residencia de la persona que tiene custodia del estudiante y permite que solo los estudiantes que son residentes del distrito escolar pueden inscribirse. La persona que tiene custodia también debe vivir en el distrito. Para ayudar el distrito en determinar la residencia y la custodia legal, se debe rellenar este formulario. El distrito puede investigar la residencia de cualquier estudiante antes o después de la inscripción y requiere que las personas involucradas provean información adicional que el distrito considerará en determinar la residencia. La inscripción no estará completada y no se permitirá la asistencia hasta que resuelvan todos los asuntos de la residencia.

I. INFORMACIÓN DE IDENTIDAD (Por favor escriba con letra clara)

Nombre del estudiante y grado:

Padre / Tutor probando la residencia:

Nombre del estudiante

Grado

Nombre

Nombre del estudiante

Grado

Dirección

Nombre del estudiante

Grado

Ciudad, Estado, Código Postal

Nombre del estudiante

Grado

Número de teléfono

Nombre del estudiante

Grado

Relación al estudiante

II. RESIDENCIA DE LA PERSONA CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE Y QUE TIENE CUSTODIA DEL ESTUDIANTE

Como prueba inicial de la residencia, la persona con quien vive el estudiante dentro del distrito y que tiene custodia del estudiante debe proveer al menos un documento de la **Categoría I**, y al menos dos documentos de la **Categoría II**, que son aceptables al distrito.

CATEGORÍA I – Proveer al menos uno de los siguientes documentos. CATEGORÍA II – Proveer al menos dos de los siguientes documentos.

Declaración de la hipoteca

Documentos del cierre – HUD I

Impuestos actuales de bienes raíces de su casa

Contrato de alquiler con la firma del dueño y inquilino

Declaración jurada/afidávit de la residencia (Vea Abajo)

Factura más recién de Gas / Electricidad / Agua / Teléfono / Cable

Certificados de título vehicular / Tarjeta de seguros de automóviles

Extracto de cuenta / Talón de pago de trabajo

Tarjeta de ayuda pública / Medicaid / SNAP (cupones para alimentos)

Licencia de manejar / Identidad del estado con la dirección actual

III. CUSTODIA (Marque todas las que apliquen) Es posible que requiere una declaración jurada/afidávit

Yo soy el padre natural o adoptivo del estudiante.

El estudiante vive conmigo de tiempo completo.

Yo proveo al estudiante con un lugar regular para dormir. ("Regular" significa virtualmente tiempo completo, incluyendo la mayoría de los fines de semana, fiestas y descansos de vacaciones escolares)

He sido designado tutor de corto plazo del estudiante.

Tengo un mandato judicial que me da custodia o tutela del estudiante.

Soy un padre de crianza temporal del estudiante quien fue colocado conmigo por el Departamento de servicios infantiles y familiares del Illinois.

IV. ADVERTENCIA Y AFIRMACIÓN

La ley de Illinois ha determinado que es un crimen, punible con pena de prisión y multa, a sabiendas o voluntariamente presentar cualquier información falsa que se trata de la residencia de un estudiante para el propósito de permitir al estudiante asistir a la escuela libre de matrícula cuando se sabe que el estudiante no es residente del Distrito. El Distrito escolar perseguirá hasta el máximo de la ley a cualquier persona que el Distrito cree que ha cometido un crimen relacionado a la residencia. Además, el Distrito puede emprender una acción legal.

Yo afirmo que soy residente de este Distrito y que toda la información presentada en este Afidávit o en conjunto con cualquier investigación de mi residencia del estudiante es verdadera, completa, y fiel.

Firma de la persona con custodia legal del estudiante

Fecha

LARAWAY C. C. S. D. 70-C
CONFIDENTIAL EMERGENCY HEALTH INFORMATION

Name: _____ Birthdate: _____ Sex: M/ F
Last First MI (circle)
School: _____ Grade: _____ Teacher: _____ Date: _____

ALERT TO PARENTS: If your child has a serious medical condition, *it is vital that you discuss this with your School Nurse and teacher(s) immediately.* The school **must** know of **LIFE THREATENING** conditions (for example asthma, diabetes, nut/insect allergies with anaphylaxis) prior to the start of school.

In order to provide a safe and healthy environment for your child this information will be accessible to the following people: School Nurse, your child's teacher, office manager, personnel responsible for health room coverage and emergency medical personnel.

A. Medical History: Check the ones that apply to your child and describe under the comment section.

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Headaches	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Anxiety/Panic attack	<input type="checkbox"/> Hearing Problem	<input type="checkbox"/> (explain) _____
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Heart Condition	<input type="checkbox"/> PE activity _____
<input type="checkbox"/> Bee Sting allergy	<input type="checkbox"/> Kidney/urinary	<input type="checkbox"/> Limited _____
<input type="checkbox"/> Bowel problem	<input type="checkbox"/> problems	<input type="checkbox"/> Not Limited _____
<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy	<input type="checkbox"/> Muscle Disorder	<input type="checkbox"/> Explain: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Neurological Concern	_____
<input type="checkbox"/> Color Blindness	<input type="checkbox"/> Orthopedic problem	_____
<input type="checkbox"/> Epi-Pen	<input type="checkbox"/> Seizures	_____
<input type="checkbox"/> Emotional Concerns	<input type="checkbox"/> Vision problems	_____

Comments: _____

B. ALLERGIES: List allergies your child has that may cause a problem at school:

Cause of the allergy: _____ Treatment: _____

Cause of the allergy: _____ Treatment: _____

C. MEDICATION: (Include prescription, over-the-counter and herbal medication.)

Name	Used to treat	Taken at school?
1) _____	_____	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2) _____	_____	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3) _____	_____	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Before medication of any kind can be administered at school, a medication administration form, available in the office, must be completed by parent and physician and kept on file.

D. List any other operations, injuries, hospitalizations, Give dates: _____

E. Does your student wear contact lens? _____ **Glasses?** _____

F. Name of Physician: _____ **Phone:** _____

Name of Dentist: _____ **Phone:** _____

G. Parents name:
(Mother) _____ (Father) _____

Home Phone: _____

Work Phone: _____

Cell Phone: _____

Home address: _____ City/Zip: _____

Email: _____

Student lives with: Mother: _____ Father: _____ both parents _____ other: _____

LARAWAY C. C. S. D. 70-C
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE EMERGENCIA Y SALUD

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M/ F
 Apellido Nombre Segundo Nombre (rodea)
Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____ Fecha: _____

ALERTA A LOS PADRES: Si su hijo/a tiene una condición médica seria, *es esencial que hable con la enfermera escolar y el maestro(s) inmediatamente.* La escuela **debe** saber de todas las condiciones que pueden **AMENAZAR LA VIDA** (por ejemplo, asma, diabetes, alergias a frutos secos/insectos con anafilaxia) antes del comienzo de la escuela.

Para proveer a su hijo/a con un ambiente seguro y saludable esta información está disponible al siguiente personal: Enfermera escolar, el maestro de su hijo/a, gerente de la oficina, el personal responsable para la oficina de salud y el personal médico de emergencia.

A. Historia médica: Marque a todas las que apliquen y descríbalas en la sección del comentario.

_____ ADD/ADHD (TDAH)	_____ Dolores de cabeza	_____ Otro: _____
_____ Ansiedad/Ataque pánico	_____ Problema del oído	(explique)
_____ Asma	_____ Condición cardíaca	_____ Actividad física
_____ Alergia a las picadura de abeja	_____ Problemas urinarios/	Limitada _____
_____ Problema del intestino	del riñón	No Limitada _____
_____ Parálisis cerebral	_____ Trastorno de los músculos	Explique: _____
_____ Diabetes	_____ Preocupación neurológica	_____
_____ Daltónico	_____ Problema ortopédico	_____
_____ Epi-Pen	_____ Ataques epilépticos	_____
_____ Preocupaciones emocionales	_____ Problemas con la visión	_____

Comentarios: _____

B. ALERGIAS: Escriba las alergias de su hijo/a que pueden causar problemas en la escuela:

Causa de la alergia: _____ El tratamiento: _____

Causa de la alergia: _____ El tratamiento: _____

C. MEDICINA: (Incluya la receta, de venta libre y medicina herbaria)

Nombre	Usada para tratar	Tomada durante la escuela?
1) _____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2) _____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3) _____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Antes de que la medicación pueda ser administrada en la escuela, el padre y el doctor se deben llenar un formulario de la administración de la medicina, que está disponible en la oficina escolar.

D. Escriba cualquier otra operación, herida o hospitalización, Provea las fechas: _____

E. Lleva los lentes de contacto? _____ Lentes? _____

F. Nombre del doctor: _____ **Teléfono:** _____

Nombre del dentista: _____ **Teléfono:** _____

G. Nombre de los padres: _____
(Madre) (Padre)

Teléfono del domicilio: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Dirección: _____ Ciudad/Código postal: _____

Correo electrónico: _____

El estudiante vive con: Madre: _____ Padre: _____ Ambos padres _____ Otro: _____

**LARAWAY SCHOOL DISTRICT #70C
BUS TRANSPORTATION 2019 - 2020**

Bus transportation is provided to eligible students to and from school. Bus routes are assigned based on your home address. I will contact you in August with the route times and bus numbers.

Transportation to or from a childcare provider at a different address (within our district), other than your home address will be considered only if the arrangement is consistent 5 days a week. STUDENTS MUST TAKE THEIR ASSIGNED BUS ROUTE HOME FROM SCHOOL EVERY DAY. In short, the daily destination (home, babysitter) cannot be changed for a specific day. This will be kept on file in case someone other than yourself will be at the bus stop or picking your child up from Laraway OR Oak Valley Schools. ****They will have to show a current photo identification before we can let your student go with them.**

STUDENT NAME	HOME ADDRESS	GRADE LEVEL
--------------	--------------	-------------

PARENT / GUARDIAN FULL NAME

HOME PHONE	CELL #	WORK #
------------	--------	--------

****THOSE PERSONS DESIGNATED TO PICK UP MY STUDENT FROM BUS STOP OR SCHOOL:**

FULL NAME	(PHONE #)	RELATIONSHIP TO STUDENT
-----------	-----------	-------------------------

FULL NAME	(PHONE #)	RELATIONSHIP TO STUDENT
-----------	-----------	-------------------------

FULL NAME	(PHONE #)	RELATIONSHIP TO STUDENT
-----------	-----------	-------------------------

EMERGENCY CONTACT PERSON	(RELATIONSHIP)	HOME#	CELL#
--------------------------	----------------	-------	-------

SITTER NAME	HOME#	CELL #
-------------	-------	--------

CONTINUED

Please indicate your child's transportation needs below:

_____ My child **WILL NOT** use bus transportation for the 2018-2019 school year.

_____ Please transport my child **TO & FROM** my home address (see above)

_____ My child will be attending half-day Early Childhood and I will pick them up.

_____ I will need bus transportation **FROM** a child care provider in the morning:

Child care provider's Name: _____ Phone number: _____

Child care provider's Address: _____

_____ I will need bus transportation **TO** a child care provider in the afternoon:

Child care provider's Name: _____ Phone number: _____

Child care provider's Address: _____

_____ This information has **CHANGED** from last year.

_____ This is the **SAME INFORMATION** as last year.

_____ My child is **NEW** to Laraway School District #70C

Thank you,

Sherry Knight

(Transportation Director)

815-727-1206 or 815-531-7728

sknight@laraway70c.org

DISTRITO ESCOLAR LARAWAY #70C
TRANSPORTE DEL AUTOBÚS 2019 - 2020

El transporte del autobús de ida y vuelta está disponible para los estudiantes elegibles. Se asignan las rutas basada en su dirección de domicilio. Le contactaré en agosto con el horario de las rutas y los números de los autobuses. **Se considerará transporte de ida y vuelta a un proveedor de guardería que vive en una dirección (dentro del distrito) que no es suya solo si es un acuerdo consistente durante de los 5 días de la semana. LOS ESTUDIANTES DEBEN SUBIR EL AUTOBÚS ASIGNADO A SU RUTA A LA CASA TODOS LOS DÍAS.** En resumen, no se puede cambiar el destino diario (casa, niñera) en un día específico. Se guardará esta información en caso de que una persona que no es usted recogerá a su hijo de la parada del autobús o las escuelas Laraway u Oak Valley. ****Necesitará mostrar una tarjeta de identificación actual antes de que dejemos que su hijo/a salga con él.**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	DIRECCIÓN	GRADO
-----------------------	-----------	-------

NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE / TUTOR

TELÉFONO DEL DOMICILIO	NÚMERO DEL CELULAR	NÚMERO DEL TRABAJO
------------------------	--------------------	--------------------

****PERSONAS DESIGNADAS A RECOGER A MI ESTUDIANTE DE LA PARADA O LA ESCUELA:**

NOMBRE Y APELLIDO	(# DE TELÉFONO)	RELACIÓN AL ESTUDIANTE
-------------------	-----------------	------------------------

NOMBRE Y APELLIDO	(# DE TELÉFONO)	RELACIÓN AL ESTUDIANTE
-------------------	-----------------	------------------------

NOMBRE Y APELLIDO	(# DE TELÉFONO)	RELACIÓN AL ESTUDIANTE
-------------------	-----------------	------------------------

CONTACTO DE EMERGENCIA	(RELACIÓN)	# DE DOMICILIO	# CELULAR
------------------------	------------	----------------	-----------

NOMBRE DE LA NIÑERA	# DE DOMICILIO	# CELULAR
---------------------	----------------	-----------

CONTINUADO

Por favor indique las necesidades del transporte de su hijo/a abajo:

_____ Mi hijo/a **NO** usará el transporte del autobús para el año escolar 2018-2019.

_____ Por favor transporte a mi hijo/a de **IDA Y VUELTA** a la dirección de mi casa (vea arriba)

_____ Mi hijo/a asistirá al programa de Early Childhood y lo recogeré.

_____ Necesitaré transporte del autobús **DESDE** la casa de una niñera en la mañana:

Nombre de la niñera: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de la niñera: _____

_____ Necesitaré transporte del autobús **A** la casa de una niñera en la tarde:

Nombre de la niñera: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de la niñera: _____

_____ Este información ha **CAMBIADO** desde el último año escolar.

_____ Es la **MISMA INFORMACIÓN** del último año escolar.

_____ Mi hijo/a es un estudiante **NUEVO** al Distrito escolar Laraway #70C

Gracias,

Sherry Knight

(Director del transporte)

815-727-1206 O 815-531-7728

sknight@laraway70c.org